



# 18 años

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!

## SPORTS HISTORY FORM

### *Formulario de historial clínico para participación de deportes*

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_

Date of birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sport(s)/Deporte(s): \_\_\_\_\_

#### QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL ATLETA/PACIENTE

List past and current medical conditions -- *Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido:*

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures --*Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previa:*

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional) - *Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume.*

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects) - *¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medica-mento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).*

For the following questions, explain “Yes” answers at the end of this form. Circle questions if you don’t know the answer.)

*Para las siguientes preguntas, dé una explicación para las preguntas en las que contestó “Sí”, en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).*

GENERAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL ATLETA/PACIENTE			
1	Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider? <i>¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
2	Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason? <i>¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
3	Do you have any ongoing medical issues or recent illness? <i>¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL SALUD CARDIOVASCULAR DEL ATLETA/PACIENTE			
4	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? <i>¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
5	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? <i>¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
6	Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise? <i>¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitente- mente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
7	Has a doctor ever told you that you have any heart problems? <i>¿Alguna vez un médico le dijo que tiene prob- lemas cardíacos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
8	Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography. <i>¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electro- cardiografía (ECG) o ecocardiografía.</i>	Yes <i>Sí</i>	No
9	Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise? <i>Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
10	Have you ever had a seizure? <i>¿Alguna vez tuvo convulsiones?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY - PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA			
11	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)? <i>¿Alguno de los miembros de su familia o pari- ente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente auto- movilístico inexplicables)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
12	Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic poly- morphic ventricular tachycardia (CPVT)?  <i>¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la mio- cardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ven- tricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
13	Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35? <i>¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

BONE AND JOINT QUESTIONS - PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES			
14	Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game? <i>¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
15	Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you? <i>¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

OTHER MEDICAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT – OTRAS PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS DEL ATLETA/PACIENTE			
16	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? <i>¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
17	Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ? <i>¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
18	Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area? <i>¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
19	Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant Staphylococcus aureus(MRSA)? <i>¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
20	Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems? <i>¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
21	Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling? <i>¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
22	Have you ever become ill while exercising in the heat? <i>¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
23	Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease? <i>¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
24	Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision? <i>¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
25	Do you worry about your weight? <i>¿Le preocupa su peso?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
26	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight? <i>¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
27	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups? <i>¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
28	Have you ever had an eating disorder? <i>¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

FEMALES ONLY - ÚNICAMENTE MUJERES			
29	Have you ever had a menstrual period? <i>¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
30	How old were you when you had your first menstrual period? <i>¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
31	When was your most recent menstrual period? <i>¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
32	How many periods have you had in the past 12 months? <i>¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

Explanation for yes answers above

*Explicación para las preguntas en las que contestó “Sí”*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

## Adulto (Adult)

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique</i>		¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?  
 Sí  No

*Clinic Use Only:*

					Nutrition
1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras todos los días? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>(Skip)</i>	
5	¿La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	Por lo general, ¿come demasiado o muy poco? <i>Often eats too much or too little food?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
8	¿Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
9	¿Se siente seguro donde vive? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
10	¿Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente? <i>Had any car accidents lately?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

11	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
16	¿Con frecuencia tiene dificultades para dormir? <i>Often has trouble sleeping?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Fuma o masca tabaco? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	¿Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	En el último año ¿ha tomado: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <i>In past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	No	Sí <i>(Yes)</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

25	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

*Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:*

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipator y Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:





## Evaluación de Necesidades Familiares<sup>1,2</sup>

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar
  
- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?

## FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

### Riesgo por exposición

1. ¿Algún familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto tuvo tuberculosis?  Sí  No
2. ¿Ha tenido su hijo/a, un familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto un resultado positivo en un análisis de tuberculosis o ha recibido medicamentos para tratar la tuberculosis?  Sí  No
3. ¿ Nació su hijo/a en otro país\*?  Sí  No
4. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de los Estados Unidos (por más de una semana)\*?  Sí  No

\*Excluyendo Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los países del norte y el oeste de Europa

Confirmando que la información arriba detallada es verdadera según mi leal entender y saber.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_